LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire, par A. Guépin, p. 433. — **Bibliographie** : Suicides et crimes étranges, p. 434. — **Revue de la presse étrangère** : La géophagie, p. 434. — **Académie des sciences** : *Séance du 3 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem. — Examen de l'eau de mer puisée à différentes profondeurs ; variations de ses composés iodés, p. 435. — Oscillations nerveuses, leur fréquence, p. 435. — Sur la présence dans l'organisme animal d'un ferment soluble réduisant les nitrates, p. 436. — Sur le pouvoir réducteur des urines, p. 436. — Contribution à l'étude chimique de l'écorce du Rhamnus purshiana, p. 437. — **Académie de médecine** : *Seance du 11 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Panas, p. 437. — La variole en Indo-Chine, p. 437. — Traitement du glaucome, p. 437. — Rhinoplasties par la méthode italienne modifiée, p. 437. — Hérédosyphilis, p. 437. — Sanatorium, p. 438. — Sérothérapie, p. 438. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Raymond. — Etiologie de la fièvre typhoïde, p. 438. — Menstruation par l'oreille, p. 439. — Démence paralytique spasmodique, p. 439. — Adénie avec éosinophilie, p. 439. — Névralgie intercosto-brachiale, p. 439. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 8 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Jullien. — Obstructions de la trompe d'Eustache. Sensations colorées, p. 440. — Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire, p. 441. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 30 mai* 1899. — *Présidence de* M. Potherat, p. 442. — **Société de chirurgie** : *Séance du 12 juillet* 1899. — *Présidence de* M. S. Pozzi, p. 443. — Hystérectomie totale abdomino-vaginale par cancer du col, p. 443. — Résection du maxillaire supérieur; récidive du sarcôme au niveau d'une côte, p. 443. — Traitement de l'hypertrophie prostatique, p. 443. — Anévrysme artério-veineux, p. 444. — Trépanation pour épilepsie jacksonnienne, p. 444. — **Variétés** : Le projet de loi de M. Cruppi, p. 444. — **Nouvelles**, p. 446.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire (1).

Par A. Guépin

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

A propos de la remarquable communication de notre collègue M. le Dr Dhomont, où, d'une manière incidente, il est vrai, il fut question de la tuberculose testiculaire et de son traitement chirurgical, je désire vous soumettre en quelques mots les règles générales de ma pratique, en vous les présentant pour ce qu'elles valent, heureux toutefois de trouver dans l'écho des discussions scientifiques récentes un appui que mes opinions n'ont jamais sollicité.

L'idée doctrinale qui, selon moi, domine la thérapeutique entière de la tuberculose génitale est que *ses lésions sont souvent spontanément guérissables.* Tous nos efforts tendront donc à aider la marche naturelle des choses, là où la cicatrisation est possible et, dans les autres cas moins heureux, le chirurgien ne prendra point la responsabilité de mutilations opératoires dont l'urgence et la nécessité restent à démontrer.

Il faut toujours, à mon avis : 1° faire le traitement médical; 2° tenter (lorsqu'il est indiqué) le traitement chirurgical indirect; 3° se montrer sobre d'opérations dites radicales.

Ces opérations radicales, en effet, ne le sont jamais en réalité; il n'existe point de tuberculose strictement isolée à une portion accessible des voies génitales. La castration est rarement de mise en pareilles circonstances et je ne peux comprendre l'ablation totale du testicule, du canal déférent et de la vésicule séminale comme procédé curatif. Peut-être certains opérés ont-ils guéri à la suite. Je suis persuadé encore qu'ils pouvaient se rétablir à moins de frais. Les mutilations sont ordinairement inutiles, parfois même dangereuses.

1° Elles sont inutiles d'abord et dangereuses, quand on n'a point la certitude d'être en face de lésions tuberculeuses; et l'on sait combien le diagnostic différentiel des orchites et des épididymites chroniques est d'habitude entouré de difficultés lorsqu'il n'y a pas encore ulcération des foyers et fistules. Il reste très délicat après l'apparition du pus à l'extérieur et le bacille du smegma préputial a souvent été confondu avec le bacille de Koch.

2° Elles sont inutiles, ces mutilations, dans la tuberculose génitale diffuse et torpide où le chirurgien ne peut avoir la prétention d'enlever tout l'appareil génital avec les lymphatiques qui en dépendent. Pourquoi parler alors d'opération radicale?

3° Elles le sont encore, dans les formes aiguës généralisées; l'éruption tuberculeuse génitale n'est qu'un épiphénomène de la granulie. Chez l'enfant et chez les très jeunes gens, il n'est pas rare de voir alors la castration donner un coup de fouet, en apparence, à l'infection tuberculeuse générale. Je dis en apparence, car peut-être le dénouement fatal était-il aussi rapproché et l'intervention n'a-t-elle été qu'inutile.

4° Elles le sont enfin, lorsqu'il y a des lésions pulmonaires avancées, avec cachexie. Je n'insiste pas pour ne pas abuser de votre bienveillante attention.

* * *

Le traitement médical de la tuberculose testiculaire

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, 8 juillet 1899.

est, bien entendu, celui de l'affection causale, en y ajoutant un traitement local que je n'ai point à développer aujourd'hui.

Mais, a-t-il été dit plus haut, il convient de rechercher toujours les indications du traitement chirurgical indirect et voici ce qu'il faut entendre par ces mots : Lorsque le malade présente à la fois, et par exemple, un rétrécissement urétral et des lésions tuberculeuses testiculaires, d'abord dilater son rétrécissement, l'inciser au besoin ; et parfois le calibrage du canal associé aux soins médicaux suffit à provoquer la guérison. La pathogénie des orchites sert à expliquer ces faits qui, au premier abord semblent paradoxaux et la thèse du Dr Lozé (de l'Orchite des prostatiques, Paris, 1897) en démontre tout l'intérêt pratique; je passe.

Les indications opératoires sont donc fournies pour moi :

1° Par la limitation des lésions génitales, c'est-à-dire qu'il ne faut s'adresser chirurgicalement qu'aux lésions facilement accessibles ;

2° Par leur marche lente ;

3° Par la conservation du bon état général, même s'il y a tuberculose pulmonaire caractérisée.

Que sera l'intervention? Elle sera presque toujours, sinon toujours conservatrice. Sans précipitation, mais sans timidité, avec l'appoint du traitement médical, après recours au traitement chirurgical indirect, s'il y a lieu, j'en arrive à intervenir. Le bistouri conduit sur les foyers et excise, au besoin, les trajets fistuleux. Par la large voie qu'il trace, les tissus dégénérés et les néoformations apparentes sont enlevées avec soin; avec le thermo-cautère, on touche tous les points douteux. Une cautérisation au chlorure de zinc termine l'acte opératoire. Quelques points de suture rapprochent les bords de la plaie qui est drainée et tamponnée avec de la gaze à l'iodoforme.

Les résultats de cette manière de procéder sont tels que j'ai toujours cru ne devoir rien y changer d'essentiel.

En résumé, faire peu de castrations, moins encore d'opérations « plus complètes » (?), mais ne pas craindre davantage d'intervenir dans la tuberculose testiculaire que dans une orchite suppurée banale.

BIBLIOGRAPHIE

Suicides et crimes étranges, par le Dr Moreau (de Tours), Paris, Société d'éditions scientifiques, 1899

Dans cet opuscule, M. Moreau a réuni un grand nombre de faits divers relatifs aux suicides et aux crimes qui impressionnent par les conditions tragiques au milieu desquelles ils ont été accomplis. Le suicide, dit M. Moreau, est à l'ordre du jour ; aucune classe de la société n'échappe à sa funeste influence... Il y a dans cette manifestation, à laquelle nous assistons depuis plusieurs années déjà, une contagion, une véritable épidémie toujours croissante, qui, si on ne prend les mesures énergiques pour la combattre, atteindra des proportions désastreuses. L'auteur a essayé d'établir des catégories de ces suicides suivant leurs causes qu'il n'est pas toujours facile de caractériser, étant données les circonstances atroces qui les accompagnent parfois. En tout cas ce recueil de faits intéressera le criminaliste et les aliénistes.

Certains crimes aussi par leur étrangeté offrent une étroite analogie avec les suicides, en révélant une intelligence anormale, parfois contre toutes les apparences : Si certains crimes révoltants sont accomplis avec des apparences de calme et de sang-froid, ils n'en procèdent pas moins d'un état mental latent qui souvent a été transmis par l'hérédité. Mais si la médecine mentale réclame ces individus à intelligence tarée comme les siens, ils n'en sont pas moins des êtres dangereux à responsabilité atténuée. La justice a le devoir de les frapper, et de protéger la société en séquestrant les criminels qui ont agi sous l'empire d'une aliénation passagère dans des asiles spéciaux, afin d'éviter la promiscuité dangereuse avec les autres aliénés. Les causes des crimes étranges sont très souvent variées ; l'auteur a donné des exemples perpétrés sous l'influence de l'ivresse, des solanées vireuses, des passions, de la jalousie, de l'imitation. Un chapitre est consacré aux attentats commis contre les enfants sous l'influence de l'aberration du sentiment, du mauvais naturel, de l'âpreté au gain, enfin aux attentats commis par des enfants contre des enfants, et dans ces derniers exemples l'auteur insiste sur l'influence pernicieuse de l'imitation dont la presse illustrée ou non se fait souvent complice.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La géophagie, par Senni (*Wien. med. Bl.*, n° 26).— Le premier qui a décrit la véritable géophagie est Luigi Casa, si l'on en croit Senni qui vient d'en donner une étude. Voici sous quels traits Casa décrit cette maladie qui a été faussement attribuée par plusieurs à l'ankylostomiase : absence de fièvre, faiblesse, agitation, irrégularité du pouls, tuméfaction du foie et de la rate, perte d'appétit, constipation, selles grises, rétention d'urine. Dans les stades ultimes : sensation de froid de plus en plus accusée, œdème diffus, élévation préagonique de la température. A l'autopsie on trouvait du gonflement de la rate et du foie et de l'hypertrophie des plaques de Peyer et des glandes de Brunner.

Senni a observé deux cas, un garçon de 21 ans et une jeune fille de 17 ans, pour lesquels il considère la géophagie comme étant la cause des phénomènes morbides. Les deux malades avaient subi un retard de développement physique, intellectuel et sexuel. La syphi-

lis, la malaria, l'alcoolisme ont été exclus. Chez tous deux la peau était grise, les muqueuses pâles, l'abdomen douloureux ; chez tous deux existaient des troubles de la respiration et des battements du cœur. Le foie et la rate étaient augmentés de volume et durs. Les selles contenaient de la graisse libre et saponifiée, mais rien de particulier au microscope; l'urine était normale. L'examen du sang donnait au microscope l'aspect ordinaire. L'examen bactériologique du sang de la rate donnait des amas de microcoques. Dans un cas qui put être traité, l'hydrothérapie et le traitement ferro-arsénical donnèrent un bon résultat.

Au point de vue du diagnostic, l'examen a permis d'exclure une affection cardiaque, la cirrhose vulgaire, l'hypertrophie du foie, la dégénérescence amyloïde, la leucémie, la malaria, la syphilis, les néoplasmes malins. Il ne restait ainsi que quatre groupes de splénomégalie primitive dont les causes sont inconnues.

1° L'épithélioma, l'hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, présente les symptômes suivants : douleur de l'hypochondre gauche, tuméfaction de la rate, hémorragies cutanées, gonflement des gencives, tuméfactions ganglionnaires, augmentation du nombre des érythrocytes par rapport aux leucocytes.

2° La pseudoleucémie infantile, l'anémie splénique de l'enfance s'observe de quatre à six ans, accompagnée de troubles gastro-intestinaux, de tuméfaction de la rate, de diminution de l'hémoglobine, du nombre des globules rouges, augmentation des leucocytes, issue mortelle.

3° Anémie splénique des adultes: rate grosse, dure, souvent diminution du gonflement; volume variable du foie. Hypoglobulie, microcysthémie. Diminution de l'hémoglobine. Plus tard, œdème, cachexie, hémorragies.

4° Splénomégalie avec cirrhose du foie qui comprend trois périodes : la première, d'hypoglobulie pendant laquelle le foie a son volume normal; la deuxième, d'augmentation du foie et de troubles digestifs; la troisième, d'ascite et de cachexie. Les deux dernières maladies sont assez semblables. Les deux cas de Senni ont la plus grande ressemblance avec ceux de Casa. Senni a observé encore plusieurs enfants arrêtés dans leur développement parce qu'ils mangeaient de la terre. Il semble que les cas de Senni étaient des cas de la même maladie, la géophagie, mais à un degré moins avancé. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 juillet 1899. — Présidence de M. Van Tieghem.

Examen de l'eau de mer puisée à différentes profondeurs ; variations de ses composés iodés. — M. Armand Gauthier. L'iode *total* est, par litre d'eau, presque constant du haut en bas de la mer, quel que soit le point où l'on puise l'eau.

L'eau de la Méditerranée paraît légèrement plus pauvre en iode total (2 mgr. 25 par litre) que celle de l'océan (2 mgr. 40).

A mesure que l'on monte vers la surface et que les êtres vivants (algues et protozoaires) s'accumulent dans l'eau de mer, l'iode minéral des profondeurs disparaît : il est de 0 mgr. 305 par litre, au fond ; de 0 mgr. 150 seulement à 100 mètres au-dessus; il a totalement disparu à la surface et probablement bien avant d'y arriver, dans les couches du plankton. C'est la confirmation des idées *a priori* qui nous ont guidé et que nous exposions plus haut.

Parallèlement, l'iode organisé, en tout cas celui qui est retenu sur le filtre de biscuit, augmente à mesure qu'on s'élève à partir du fond, comme augmente la masse des êtres vivants qui le fixent. De 0 mgr. 065 par litre d'eau, dans le fond, il passe à 0 mgr. 100 à cent mètres plus haut et à 0 mgr. 286 dans les eaux de la surface.

Au contraire l'iode dissous à l'état de combinaisons complexes est maximum à 880 mètres, mais varie peu du haut en bas. Les substances auxquelles cet iode appartient ne semblent donc pas provenir principalement des êtres vivants, si nombreux à la surface, et si rares à ces profondeurs.

Quelles que soient les transformations subies par l'eau de mer, en raison de l'action des êtres vivants et de celle de la lumière, il est intéressant de constater que le taux de l'iode reste à peu près constant dans une même quantité d'eau de mer, quelle que soit la hauteur où on la puise, tandis que les formes sous lesquelles apparaissent les combinaisons iodées se modifient très sensiblement de bas en haut.

Enfin, il est tout à fait remarquable d'observer qu'à toute profondeur existe en proportion plus ou moins variable, mais nullement en rapport avec la masse des êtres vivants qui habitent l'eau de mer, cette matière glaireuse que retient le filtre de porcelaine, matière extrêmement riche en iode et bien digne d'une étude spéciale.

Oscillations nerveuses, leur fréquence. — M. Aug. Charpentier. La méthode que j'ai employée pour mesurer la vitesse de propagation des oscillations provoquées dans le nerf, par l'excitation unipolaire, m'a permis de faire un pas de plus dans l'analyse de ce phénomène.

Les faits que j'ai décrits jusqu'ici pourraient être interprétés physiologiquement en les rattachant à la grande loi de l'inexcitabilité périodique posée par Marey depuis ses belles recherches sur le cœur, et qui tend aujourd'hui à se généraliser aux divers appareils musculo-nerveux. En effet, nous avons vu une excitation simple et bien limitée comme le courant unipolaire bref, amener dans le nerf un état tel que, si l'on fait agir sur lui une seconde excitation semblable un certain temps déterminé après la première, cette seconde excitation reste inefficace.

Mais nous avons constaté en outre un fait nouveau, c'est que cet état particulier du nerf se transmet au delà du point excité, avec une certaine vitesse que nous avons mesurée et qui est précisément celle de l'influx nerveux lui-même.

Reste un dernier phénomène à ajouter aux précédents, c'est que cet état du nerf se renouvelle périodiquement; en d'autres termes, que l'excitation crée dans le nerf un *état oscillatoire*.

Ces oscillations sont bien, tout nous l'indique, de nature

nerveuse. Sont-elles en même temps de nature électrique? Cela est rendu bien probable par la comparaison des résultats précédents avec les mesures faites par Bernstein sur la variation négative des nerfs : d'après ce physiologiste, la variation négative du courant d'action qui se produit à la suite de toute excitation nerveuse (Du Bois-Reymond) durerait de $\frac{5}{10\,000}$ à $\frac{8}{10\,000}$ de seconde et se propagerait avec une vitesse de 27 à 28 mètres.

Or, cette durée correspond bien à celle d'une *demi-oscillation* nerveuse (période négative de notre oscillation); la moyenne serait, en effet, $\frac{6,5}{10\,000}$ pour le phénomène de Bernstein et $\frac{6,7}{10\,000}$ de seconde pour le nôtre. La vitesse de propagation est aussi sensiblement la même dans les deux cas.

Si cette identité se confirme, ce sera le premier pas décisif vers la démonstration expérimentale de cette idée que l'influx nerveux est réellement de nature électrique, idée déjà rendue hautement probable par l'ensemble des travaux de M. d'Arsonval.

Indépendamment de sa portée théorique, notre méthode constituerait aussi un nouveau moyen d'étude de la variation négative, ou plutôt des courants d'action des nerfs. Elle aurait l'avantage de ne pas exiger de lésion du nerf pour déceler les manifestations électriques de son activité.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas sans importance de constater objectivement dans le nerf moteur le phénomène que j'ai découvert dans la rétine, et qui a été retrouvé par MM. André Broca et Richet dans l'écorce motrice du cerveau : la production d'oscillations dans un appareil nerveux à la suite de son excitation. Le rythme seul diffère suivant l'appareil envisagé.

Sur la présence dans l'organisme animal d'un ferment soluble réduisant les nitrates. — MM. E. Abelous et E. Gerard. Il existe, dans la plupart des organes, quoique en proportion inégale, une substance soluble qui réduit les nitrates. Etant donnés les faits observés, en particulier, sous l'influence de la température, il est vraisemblable que cette substance est de nature diastasique et qu'on a affaire à un ferment soluble réducteur.

Nous sommes donc naturellement amenés à conclure qu'il existe dans l'organisme tout au moins un ferment soluble susceptible de réduire les nitrates.

Sur le pouvoir réducteur des urines. — M. Henri Hélier. Les urines sont réductrices. C'est là une propriété à peine signalée dans les meilleurs traités. Elle a cependant une grande importance, tant pour le médecin que pour le physiologiste, car elle témoigne des oxydations incomplètes faites dans l'économie. En mesurant ce qui peut encore brûler, on a par cela même la mesure de ce qui a déjà été oxydé.

Voici la méthode que j'emploie :

10 cc. de l'urine à essayer sont additionnés de 10 cc. d'acide sulfurique concentré. J'y laisse tomber, jusqu'à coloration rose persistante, une solution contenant 6 gr. 36 de permanganate de potasse par litre et je lis le nombre n de centimètres cubes employés. Ce nombre serait le pouvoir réducteur de l'urine si la concentration de l'urine était normale. J'appellerai *concentration normale* celle d'une urine qui contient 20 grammes d'urée par litre. L'urine étudiée contenant seulement m grammes d'urée par litre, le pouvoir réducteur sera donné par la formule

$$P = 20 \times \frac{n}{m}.$$

Ce pouvoir réducteur représente donc un certain nombre de centimètres cubes de permanganate et sa mesure nécessite deux opérations : 1° un dosage volumétrique; 2° un dosage d'urée. Ces deux opérations peuvent être faites au lit d'un malade.

Si l'on examine par cette méthode, au point de vue du pouvoir réducteur, les urines des personnes dites *bien portantes*, on tombe toujours sur des nombres compris entre 12,5 et 15, ce qui est suffisamment constant. Si l'on étudie, au même point de vue, les urines pathologiques, on voit qu'elles peuvent se diviser en deux groupes : celles qui sont plus réductrices que la normale et celles qui sont moins réductrices,

Dans le premier groupe nous trouvons la plupart des maladies chroniques. Je ne parlerai pas des urines des diabétiques toujours très réductrices, même lorsqu'on a brûlé tout le sucre par la liqueur de Fehling. Dans la tuberculose j'ai trouvé les nombres 22,2, 20,7, 16,3; dans l'anémie 17,1 : dans le cancer du pylore 20,6; dans la maladie de Basedow 15,4, 18,66 (1).

Dans ces maladies consomptives, on pouvait s'attendre à trouver des urines extrêmement peu réductrices, les recherches d'Albert Robin ayant montré qu'en particulier les tuberculeux font des oxydations incessantes et sans trêve. Il semblerait donc que les combustions doivent être complètes. Il n'en est rien. Ce qui domine dans la tuberculose c'est une désassimilation large et rapide qui chasse de la cellule des substances réductrices, aptes ensuite à être brûlées dans le sang. Mais quelque hâte que les globules sanguins mettent à charrier l'oxygène, il n'y en a jamais assez. Les urines restent très réductrices.

Dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, j'ai trouvé les nombres 15,7, 23,4, 23, 22,1. C'est un fait bien connu, les rhumatisants n'oxydent pas.

Dans le mal de Bright, on trouve 26, 26, 34,2; dans la colique néphrétique 17,9 ; dans l'insuffisance aortique 20, 21; dans la cirrhose de Laennec, 32; dans les urines d'hystérique, après la crise, 43,5. Chez l'hystérique, tout est détraqué, même les oxydations. Enfin dans un cas d'insuffisance aortique où, sous l'influence de la théobromine, il s'est produit une diurèse abondante, le pouvoir réducteur est monté à 62,2. Les produits de désassimilation ont donc été expulsés avant d'avoir pu être brûlés.

Dans certaines maladies aiguës, au contraire, le pouvoir réducteur des urines semble inférieur à la normale. Dans deux cas de pleurésie, on a trouvé 11,8 et 7,5; dans un cas de surmenage 7,3.

Il ne faudrait pas croire que pour chaque maladie le pouvoir réducteur est caractérisé par un nombre à peu près fixe; ce pouvoir varie avec le degré de la maladie et il peut servir, comme le thermomètre, à en caractériser la marche.

Une malade est prise, le 12 avril dernier, de néphrite, aiguë. Le 13, le pouvoir réducteur de ses urines est de 5,6;

(1) Ces urines proviennent des malades du service de M. le professeur Renaut, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a bien voulu choisir lui-même les cas types. Qu'il veuille bien recevoir ici mes remerciments.

le 26 avril, la malade va mieux, le pouvoir réducteur est seulement de 7. Le 4 mai, la malade se sent tout à fait bien et quitte l'hôpital; le pouvoir réducteur était remonté à 12,3.

En résumé, la mesure du pouvoir réducteur des urines, effectuée d'après la méthode que j'indique, est une opération facile qui mesure le degré des oxydations interstitielles qui se font dans l'économie.

Contribution à l'étude chimique de l'écorce du Rhamnus purshiana (Cascara Sagrada). — M. Leprince.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend un pli cacheté adressé par le Dr Vidal, d'Hyères, intitulé : Considérations sur la grippe-influenza.

La variole en Indo-Chine. — M. Hervieux lit une note sur ce sujet.

Traitement du glaucome. — M. Javal présente deux malades venus d'Egypte et atteints de glaucome chronique. Le premier a a été soumis à des instillations de collyre à la pilocarpine réglées au moyen du pupillomètre dont se sert M. Javal et à des électrisations du sympathique pratiquées par le Dr Allard. Le second a subi sur l'œil le moins bon une iridectomie qui n'a donné aucun effet utile. Le second œil est amélioré par les instillations méthodiques de pilocarpine et les verres correcteurs.

Rhinoplasties par la méthode italienne modifiée. — M. Paul Berger présente quatre malades sur lesquelles il a procédé à la réparation de pertes de substances étendues du nez par la méthode de Tagliacozzi modifiée. On sait que celle-ci consiste à restaurer le nez au moyen d'un lambeau emprunté au bras et laissé adhérent à son point d'origine par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la région sur laquelle on le transplante.

Les destructions dont M. Berger a obtenu la réparation avaient été produites par un lupus, par des lésions syphilitiques tertiaires, par des brûlures; les parties détruites étaient le lobule, la plus grande partie des ailes et la sous-cloison. Le resultat obtenu a été bon et dans un cas presque parfait.

M. Berger insiste sur les indications de ce procédé de rhinoplastie et sur sa technique. Son principal inconvénient est la nécessité de fixer le bras à la tête et de maintenir la permanence de cette attitude pendant plusieurs jours. Les perfectionnements que M. Berger a introduits dans les appareils destinés à obtenir cette fixation la rendent moins pénible, mais elle est toujours fatigante; la méthode italienne convient aux jeunes sujets et surtout aux enfants qui supportent à merveille cette immobilisation; elle est moins bien tolérée et d'un résultat moins sûr chez les adultes.

Elle présente d'autre part sur la méthode indienne (lambeau frontal), l'immense avantage de ne pas aggraver, par de nouvelles cicatrices, les déformations existantes. C'est à elle qu'il faut donner la préférence chez l'enfant et l'adolescent dans presque tous les cas.

Tous les détails du procédé opératoire doivent être minutieusement étudiés et fixés à l'avance : tout changement apporté au plan de l'opération au cours même de celle-ci est en général fâcheux.

La fixation du membre supérieur à la tête doit être maintenue une huitaine de jours au moins; la section prématurée du pédicule du lambeau expose celui-ci à la gangrène et même, s'il résiste, à une rétraction graduelle ou à une vitalité insuffisante. Cet inconvénient a été très marqué chez une des opérées présentées par M. Berger et chez laquelle il fallut procéder à la section du pédicule du lambeau dès le quatrième jour.

Enfin, il faut savoir que la transplantation d'un lambeau cutané emprunté au bras sur la région nasale n'est que le premier temps de la restauration; elle fournit un chirurgien la matière dont il se servira pour cette restauration qui doit être le but d'opérations complémentaires multipliées. Celles ci varient essentiellement avec l'étendue et le siège des déformations qu'il s'agit de réparer.

Hérédosyphilis. — M. Rendu. Une jeune femme, âgée de 19 ans, en juin 1896, fut admise dans le service de M. Rendu présentant un arrêt de développement, une tête volumineuse, des pariétaux proéminents, la face réduite de volume par rapport aux dimensions du crâne, un écartement des narines, de l'ozène et des sécrétions nasales fétides amenées par une rhinite atrophique. La voûte palatine était en ogive, étroite latéralement, les dents n'avaient rien de caractéristique. Aux membres, les déformations osseuses étaient moins marquées qu'à la tête. Le cœur présentait un rétrécissement mitral et l'on porta le diagnostic d'hérédosyphilis. Sa mère avait eu avant elle des fausses couches, puis des enfants malingres.

Cette jeune femme fit elle-même deux fausses couches de six semaines, la seconde suivie d'un état fébrile qui l'amena à l'hôpital, d'où elle sortit bientôt guérie. En septembre de la même année, elle revint à l'hôpital avec de l'œdème de la grande lèvre, une ulcération chancreuse accompagnée de l'adénopathie inguinale habituelle. Elle eut ensuide de la roséole, des plaques muqueuses de la bouche et de la gorge. L'état général en même temps témoignait d'une intoxication profonde.

Un traitement intensif amena une amélioration rapide; un mois après, les phénomènes locaux étaient guéris et au mois de novembre, la malade pouvait quitter l'hôpital, très améliorée. Depuis, M. Rendu a revu cette malade, elle a fait une nouvelle fausse couche, puis a pu mener une grossesse à terme.

M. Fournier. Je crois, comme M. Rendu, que ce qu'on appelle les stigmates de l'hérédo-syphilis ne sont que des tares de dégénérescence. Il peut y avoir hérédité syphilitique vraie, l'enfant ayant la syphilis comme le père ou la mère, ou bien l'enfant peut avoir une seconde sorte d'hérédité, de l'hérédité dystrophique ou parasyphilitique qui se manifeste par des manifestations n'ayant plus rien de propre aux syphilitiques et éminemment complexes. Ce sont : de l'infantilisme, des dystropsies dentaires, oculaires, rachidiennes, de l'asymétrie des membres, du gigantisme, de la polydactylie, des monstruosités. Toutes ces manifestations dystrophiques n'ont rien de syphilitique en soi. Ces deux modes d'hérédité ont été confondus jusqu'à nos jours, il est temps de les séparer.

Ces deux modes d'hérédité peuvent être associés, mais ils peuvent être dissociés. Il est fréquent de rencontrer la syphilis héréditaire la plus vulgaire chez des enfants qui n'ont aucun trouble dystrophique; d'autres enfants peuvent

être absolument dystrophiques sans avoir jamais eu aucun symptôme de syphilis vraie.

Ces dystrophiques sont-ils ou non des syphilitiques ? Ces malades peuvent contracter la syphilis de leur fait, par contamination personnelle.

La lésion mitrale de la malade de M. Rendu n'est sans doute, comme il le pense, qu'une malformation congénitale d'origine syphilitique, comme peut l'être la persistance du trou de Botal, la cyanose.

La question véritablement pratique, c'est la prédisposition à l'accouchement prématuré constituée par l'hérédo-syphilis. Sur 34 cas où l'un des géniteurs est syphilitique, l'autre étant absolument indemne, M. Fournier a noté 11 cas d'avortement, 3 cas d'accouchement prématuré et 4 cas de mort survenue après la naissance. D'autre part, autre statistique, sur 51 grossesses issues de ménages de ce genre, il y a eu 28 avortements, 13 accouchements prématurés avec enfant mort; 7 morts par la suite et 3 enfants vivants.

M. Pinard demande à répondre dans la prochaine séance.

M. Panas insiste sur la distinction que vient de faire M. Fournier entre la véritable hérédo-syphilis et les stigmates de dégénérescence qui peuvent être dus à d'autres causes qu'à la syphilis; M. Panas a le premier insisté sur cette différence à propos de la kératite interstitielle. Il y a trente ans, j'ai appelé cette kératite, cachectique, M. Fournier l'a appelée dyscrasique; ce dernier mot est, en effet, mieux choisi.

Sanatorium. — M. E. Vidal, correspondant de l'Académie à Hyères, fait une communication sur l'installation à Hyères du sanatorium Alice Fagniez, destiné à recevoir des jeunes filles, atteintes de tuberculose pulmonaire au début.

Sérothérapie. — M. Lereboullet entretient l'Académie des résultats qu'il a obtenus à l'aide d'une médication sérothérapique nouvelle dont la première idée appartient à M. le Dr Gimbert (de Cannes). Il s'agit du serum de lait de vache c'est-à-dire d'un petit lait neutralisé et stérilisé que l'on injecte à doses progressives et qui semble produire des résultats inespérés au point de vue de la reconstitution dans les maladies dont la débilité et la déchéance organique sont le caractère principal.

M. Lereboullet donne la composition et le mode de préparation du sérum de lait que M. Gimbert a fait faire par M. Tajasque, pharmacien à Cannes. Il indique ensuite le mode de préparation qu'emploie M. Dumouthiers, pharmacien à Paris. Il analyse les effets physiologiques de ces sérums et insiste sur les réactions individuelles, c'est-à-dire sur les accidents fébriles et les poussées d'urticaire qu'ils déterminent parfois. Puis il passe en revue les maladies dans lesquelles l'injection hypodermique du sérum de lait a donné des résultats satisfaisants. Ces maladies sont tout d'abord les neurasthénies graves, puis les anémies de la convalescence, ensuite les tuberculisations pulmonaires au début. Dans les cas de neurasthénie ou d'anémie grave avec amaigrissement prononcé, M. Lereboullet associe aux injections de sérum de lait des injections sous-cutanées d'huile arséniquée et il a obtenu ainsi, dans un certain nombre de cas, des succès rapides et durables. Dans les maladies graves nécessitant l'emploi de médicaments variés (strychnine, ergotine, quinine, etc.), le sérum de lait et l'huile stérilisée sont d'excellents véhicules qui permettent, sans aucun danger ni aucune douleur, d'employer la méthode hypodermique pour l'administration de ces agents thérapeutiques.

M. Pinard depuis longtemps déjà, a constaté la très heureuse influence du sérum de Chéron injecté chez des enfants débiles. Il faut savoir d'autre part combien il est dangereux d'injecter du sérum chez les albuminuriques. On peut donc observer des symptômes d'asphyxie ou des troubles du coté du cœur, sauf chez les albuminuriques, chez lesquels on a pratiqué préalablement une saignée.

A 5 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1899. — *Présidence de* M. Raymond.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. Antony cite l'exemple de deux régiments de Besançon, casernés dans les mêmes locaux, buvant la même eau, et dont l'un présenta de nombreux cas de fièvre typhoïde alors que l'autre restait indemne. Une enquête minutieuse expliqua cette apparente anomalie : dans le régiment qui n'eut aucun cas de dothiénentérie, les hommes, depuis plusieurs mois, ne buvaient que du thé; c'est donc un argument des plus nets en faveur de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde.

M. Chanteresse. Dans l'étude étiologique de la dothinentérie, on a, dans une première étape, montré le rôle important joué par les eaux de rivières; dans une deuxième étape on a vu que les eaux de sources sont aussi, quelquefois, à l'origine des épidémies. Lors d'une enquête faite en 1894, j'ai constaté que la plupart des eaux de sources de Paris contenaient du coli-bacille, ce qui montrait qu'elles devaient être regardées au moins comme suspectes. C'est qu'en effet on doit, à l'heure actuelle, considérer, au point de vue de la pathogénie de la dothiénentérie, autre chose que le bacille d'Eberth lui-même; j'ai fait depuis quelques années des recherches sur les microbes favorisants du microbe de fièvre typhoïde, recherches inspirées par celles de M. Metchnikoff sur l'étiologie du choléra. J'ai nettement constaté que pour le bacille d'Eberth, comme pour le vibrion cholérique, il existe des races d'autres microbes qui, par leur présence favorisent, dans des proportions considérables, la pullulation sur plaques de Petri du microbe typhique. Cette action favorisante doit également s'exercer dans l'organisme. Dès lors on explique facilement certaines anomalies étiologiques qui jusque-là paraissaient bien surprenantes; on comprend pourquoi certains individus contractent la fièvre typhoïde sans boire d'eau véritablement typhogène : c'est qu'ils recélaient dans leur tube intestinal du bacille d'Eberth resté inoffensif, qui n'a commencé à se développer que du jour où des eaux, infectées par d'autres microbes, ont apporté les agents accessoires capables de provoquer la pullulation du premier. Il faudra donc, à l'avenir, tenir compte non seulement des eaux capables de donner directement la fièvre typhoïde, mais aussi de celles qui sont indirectement typhogènes par action favorisante surajoutée.

Or, nous ne possédons aucun critérium certain permettant de connaître la valeur nocive d'une eau. On doit également avouer que les difficultés sont telles, pour alimenter d'eau potable une grande ville, que l'on ne peut guère espérer atteindre la perfection par les seuls procédés naturels : on ne sera sûr des eaux que l'on distribue que le

jour où l'on se servira d'eaux potables fabriquées artificiellement, c'est-à-dire épurées par des produits chimiques.

M. Thoinot n'accepte point l'opinion de M. Chantemesse, suivant lequel une grande ville serait fatalement vouée à des eaux non rigoureusement purifiées. En choisissant convenablement les eaux de source, on peut avoir des eaux à l'abri de toute contamination ; cela aurait pu être réalisé pour les sources de l'Avre si on avait voulu s'en donner la peine, puisqu'on connaissait celles qui étaient suspectes. De même pour la Vanne, il y a un certain nombre de sources qui sont absolument pures.

M. Rendu appelle l'attention sur la recrudescence de fièvre typhoïde à laquelle on assiste depuis quelques mois; les cas sont quatre fois plus nombreux que pendant le premier semestre de l'année précédente, et ils sont aussi plus graves. On doit incriminer sur la rive gauche les eaux de source; un fait intéressant, c'est que les eaux de la Vanne, de l'Avre, de la Dhuys se valent à peu près au point de vue de la dothiénentérie ; elles sont relativement inoffensives ; mais le danger augmente beaucoup dès que l'on a affaire au mélange d'eau de Vanne et d'eau d'Avre ; il y a là un point dont on doit tenir compte ; on a commis une faute en mélangeant ces eaux dans les réservoirs, et les expériences de M. Chantemesse donnent vraisemblablement l'explication de cette particularité ; on doit noter enfin que les cas de dothiénenterie ont augmenté à la suite des grandes pluies succédant à des sécheresses prolongées : c'est à ce moment surtout que se contaminent les eaux de sources captées par la Ville de Paris.

Menstruation par l'oreille. — M. Lermoyez. Chez une jeune fille, la menstruation s'établit pour la première fois, il y a trois ans et débuta d'emblée par le conduit auditif droit, tous les mois, assez régulièrement après une période de prodromes caractérisée par des maux de tête et une lassitude générale, un écoulement de sang clair, non coagulable se fait par le conduit auditif droit, sans qu'aucune lésion locale préexistante ou consécutive y puisse être décelée. Au bout de trois environ de ce régime, la menstruation génitale commença à apparaître. Elle a lieu depuis cette année et peu à peu elle tend à remplacer les règles auriculaires qui ne se produisent plus que toutes les deux ou trois périodes menstruelles ; celles-ci, après avoir été supplémentaires, ne sont plus que complémentaires.

Trois points sont à remarquer dans cette observation.

La nature de l'hémorragie auriculaire n'est pas douteuse. Ce sont bien des règles, précédées d'un véritable molimen régional qui en accentue le caractère ; et la non coagulabilité du sang auriculaire est un fait digne d'attention.

Le siège de l'hémorragie est le conduit auditif droit, qui saigne par ses parois. Le tympan est intact. Les vaisseaux cutanés du conduit sont très dilatés, ce qui laisse à penser que l'hémorragie se fait par rupture de ceux-ci, favorisée par une excessive dilatation.

La cause de l'hémorrhagie, en dehors de toute affection de l'oreille, est difficile à déterminer. Dans les cas de ce genre, on trouve presque toujours l'hystérie ; ici, aucun des stigmates généraux n'en a pu être trouvé. Cependant, il est probable que cette menstruation auriculaire doit être la manifestation neuro-symptomatique d'une hystérie encore latente ; car on trouve, du côté de l'oreille qui saigne, une légère hypoesthésie du tympan et du conduit, en même temps qu'un certain degré d'anesthésie auditive, et l'on sait que la coïncidence de ces deux symptômes est un des meilleurs signes de l'hystérie auriculaire que nous possédions.

Démence paralytique spasmodique. — M. Voisin présente deux fillettes atteintes de démence paralytique spasmodique à la suite d'accès d'épilepsie : l'une de ces enfants avait été considérée comme une idiote, alors qu'en réalité elle n'est tombée en démence que récemment, après ses crises.

Au moment des crises épileptiques, le réflexe plantaire a donné de l'extension des orteils ; aussitôt après l'attaque, il est redevenu normal.

M. Babinski a vu fréquemment, au cours des attaques épileptiques, le chatouillement du pied provoquer de l'extension des orteils ; ce n'est pas constant d'ailleurs ; au contraire, pendant les attaques de l'hystérie on note toujours la flexion des orteils.

Le phénomène des orteils et le réflexe patellaire sont des signes du même ordre traduisant d'ordinaire un certain degré d'irritation du système pyramidal, et pourtant, extension des orteils, exagération du réflexe patellaire ne sont pas forcément associés dans tous les cas ; ils peuvent exister séparément; on peut voir, notamment, le phénomène des orteils coexister avec l'abolition du réflexe rotulien.

Adénie avec éosinophilie. — MM. Widal et Laisné relatent une observation d'adénie cervicale, médiastine, axillaire, terminée par la mort. Les tumeurs ganglionnaires renfermaient de nombreux leucocytes éosinophiles. Pendant la vie le sang présentait une éosinophilie considérable (26 p. 100) ; mais dans les quelques jours précédant la mort, les éosinophiles disparurent complètement du sang.

M. Achard. Les éosinophiles ne sont pas rares dans les ganglions des individus atteints d'adénie, il cite un cas personnel de lymphosarcome avec éosinophilie ganglionnaire très marquée, mais sans éosinophilie sanguine ; le cas de M. Widal est à ce point de vue très intéressant.

Névralgie intercosto-brachiale. — M. Merklen cite deux observations dont le diagnostic fut singulièrement facilité par la radioscopie, montrant dans un cas un anévrysme de l'aorte thoracique, dans le second cas un abcès par congestion du mal de Poti dorsal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juillet 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 30.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Circulaire de l'Agence de la Presse scientifique internationale faisant savoir à toutes les sociétés savantes que M. le professeur Grasset (de Montpellier), chargé de présenter à ce Congrès un rapport sur la *Déontologie médicale*, serait heureux de recevoir de ses confrères, des Syndicats et des diverses Sociétés médicales, tous les renseignements pouvant l'aider à rédiger ce rapport destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès.

La Société, consultée à ce sujet, est d'avis que, la question de Déontologie médicale étant très vaste, il y aurait lieu de demander sur quels points spéciaux doit principa-

lement porter cette enquête et elle charge M. le secrétaire général d'écrire dans ce sens à M. le Dr Grasset.

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Millée et Antonelli s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le président annonce le malheur qui vient de frapper le Dr Berne. Ce collègue a perdu sa femme et sa petite fille âgée de cinq jours.

La Société lui adresse l'expression de sa profonde sympathie.

Obstructions de la trompe d'Eustache. — Sensations colorées. — M. Ladreit de Lacharrière remercie la Société de la marque d'affection qu'elle lui a donnée en organisant un banquet en son honneur, à l'occasion de sa retraite de l'Institution des Sourds-Muets, manifestation dont il a été très touché.

Il lit ensuite son rapport sur la candidature du Dr Suarez de Mendoza comme membre titulaire.

M. le Dr Suarez de Mendoza nous a présenté à l'appui de sa candidature une note sur les obstructions de la trompe d'Eustache.

Ce travail a été renvoyé à une Commission composée de MM. Castex, Martha et Ladreit de Lacharrière rapporteur, et j'ai l'honneur de vous en rendre compte.

On sait combien sont fréquents les cas de surdité occasionnés par les rétrécissements des trompes d'Eustache.

Quand l'occlusion se produit, l'air se raréfie dans la caisse du tympan, le poids de la colonne atmosphérique ne se trouve plus contrebalancé par la pression intra-tubaire, la membrane du tympan se déprime sur le fond de la caisse et les osselets subissent des modifications dans leur attitude appréciables à la vue. C'est ainsi que j'ai indiqué, comme un signe objectif du rétrécissement tubaire, la projection du marteau en arrière, et sa rotation sur son axe, qui le rend presque horizontal.

Toutes les fois que ce signe est constaté, il y a une grande présomption de l'oblitération de la trompe que le cathétérisme avec insufflation permettra de vérifier.

Toutes les maladies de la région naso-pharyngienne peuvent déterminer le rétrécissement ou l'occlusion des trompes. Le catarrhe nasal, les différentes rhinites, et, en particulier, la rhinite chronique odorante avec ses croûtes et ses ulcérations amèneront des rétrécissements tubaires qui persisteront même après la guérison de la maladie. Des tissus fibreux ou scléreux peuvent se développer, et les traitements médicaux seront impuissants à les modifier. Les interventions spéciales, qui seront nécessaires, font l'objet de la communication de M. Suarez de Mendoza.

Le cathétérisme avec insufflations énergiques et continues, donne des résultats excellents lorsqu'il s'est produit un rétrécissement par suite d'une affection catarrhale, mais si l'insufflation est insuffisante on doit avoir recours à l'emploi des bougies.

Ces bougies employées depuis longtemps par Ménière père, par Bonnafont, Kromer, Tröltsch, ont été l'objet de modifications importantes de la part de M. Suarez de Mendoza, et il en a fait une méthode personnelle de traitement.

Les sondes et bougies sont les unes en baleines, les autres en crins de Florence recouverts de boyau de vers à soie. Certaines portent une armature métallique pour l'emploi de l'électricité. Elles forment trois séries désignées suivant la forme de leur extrémité pharyngienne : bougies olivaires, cylindriques, cône-cylindrique.

Chaque série se compose de 11 bougies correspondant respectivement aux 11 numéros d'une filière qui va progressivement de 1 à 15 dixième de millimètre.

Les bougies en baleine, en les faisant tremper pendant vingt-quatre heures dans l'eau, deviennent aussi souples que des bougies en gomme, et elles ont sur les bougies en celluloïde l'avantage de ne pas être fragiles, et, sur les bougies métalliques, celui d'être moins rigides, et de moins exposer aux accidents de perforation de la muqueuse pharyngienne.

La bougie olivaire donne une sensation plus nette de la résistance, et ensuite du point où le rétrécissement a pu être franchi.

Une graduation sur la partie libre de la bougie permettra de juger de sa pénétration dans la trompe.

M. Suarez de Mendoza se sert plus particulièrement de bougies olivaires pour le diagnostic des rétrécissements. Pour le traitement il emploie les bougies cylindro-coniques. Quand il y a lieu de laisser une sonde à demeure, elle est introduite sur un conducteur fendu sur le côté qu'on peut retirer quand la sonde est en place.

A l'appui de la méthode qu'il préconise, M. Suarez de Mendoza donne le chiffre de 360 cas de rétrécissements chez lesquels l'emploi de la dilatation a permis presque toujours le rétablissement de la perméabilité des trompes.

Messieurs, je dois vous faire connaître, par une revue rapide, les autres travaux de M. Suarez de Mendoza.

Il a publié dans la revue de laryngologie un mémoire sur l'application des courants galvaniques au traitement des affections des fosses nasales.

Les courants galvaniques peuvent être utilisés tantôt pour détruire une tumeur ou les éléments anatomiques tranformés de la membrane muqueuse, tantôt pour modifier un simple état congestif ou érythémateux.

Comme source d'électricité, notre confrère s'est toujours servi de piles au sulfate de mercure, et il a pu avec un courant d'une intensité de vingt-cinq milliampères, obtenir en 15 minutes des eschares profondes. Ces cautérisations sont douloureuses, et je crois qu'avec une pile moins forte et en laissant plus longtemps en place les électrodes, après applications de cocaïne, on peut obtenir des effets suffisants et presque sans douleur.

M. Suarez de Mendoza a apporté quelques modifications heureuses aux électrodes en usage. Lorsqu'il veut provoquer une eschare, il se sert d'une lame sur laquelle est appliqué un petit ballon de caoutchouc qui se gonfle comme celui de Tarnier, et qui presse la lame métallique contre le tissu qu'on veut détruire.

Dans les phlogoses catarrhales ou diathésiques des fosses nasales, les courants électriques rendent de grands services, et je crois que c'est M. Suarez de Mendoza qui a émis l'idée que les effets galvaniques n'étaient pas toujours des effets caustiques, qu'il se faisait une décomposition des principes humides qui a pour conséquence de vider les vaisseaux et de décongestionner les tissus. Pour le traitement de ces états morbides, notre confrère prend soin d'envelopper l'électrode de ouate mouillée. Dans ces conditions l'application est insensible.

N'y a-t-il pas, Messieurs, une certaine analogie entre ces effets et ceux que notre distingué collègue M. Aibert Weil obtient en projetant sur la peau les effluves électriques de son appareil, qui modifient les affections cutanées les plus résistantes à la thérapeutique ordinaire ?

Le travail le plus considérable de M. Mendoza est le volume qu'il a publié sur l'audition colorée, et qui est à sa seconde édition.

L'audition colorée est une pseudo-sensation de couleurs associée à une perception auditive.

C'est un état psycho-physiologique bizarre qu'on observe chez un grand nombre de personnes, en dehors de tout état pathologique.

Ces personnes vous disent que ;

L'*i* est rouge, vert ou jaune ;

L'*o* est rouge ou bleu.

Mais les mêmes sensations de couleurs ne sont pas semblables chez toutes les personnes affectées de ces pseudo-sensations, mais chez la même personne le phénomène une fois produit reste toujours semblable.

Ces mêmes impressions colorées peuvent chez les musiciens s'adapter aux notes musicales, chez les calculateurs à certains nombres. Enfin l'obsession colorée a pu coïncider avec celle qui consiste à multiplier par deux tous les nombres prononcés et qui viennent à la mémoire.

Dans l'observation rapportée par le Dr Breton, il s'agit d'une femme, artiste distinguée chez laquelle

Le *do* donnait la sensation de noir et blanc

Le *ré* brun très foncé,

Le *mi* rouge,

Le *fa* gris,

Le *sol* rouge,

Le *la* gris,

Et le *si* rouge.

Depuis l'âge de 10 ans elle avait la perception des tons musicaux, et ils lui donnaient une sensation lumineuse variant avec chacun d'eux. Tout morceau de musique dont cette dame connaissait le ton, et joué dans une autre tonalité que la vraie, lui causait par des impressions lumineuses une gêne qui ne cessait qu'au moment où l'exécutant jouait dans le ton véritable.

On a donné les noms de synesthésie et de synopsie aux phénomènes de l'audition colorée.

M. Suarez de Mendoza donne un historique très complet des auteurs qui se sont occupés de l'audition colorée. Léonard Hoffmann semble un des premiers qui l'ait mentionnée en 1786.

Les sons des divers instruments lui donnent la sensation des couleurs suivantes :

La *violoncèle*	est bleu indigo,
Le *violon*	bleu d'outremer,
La *clarinette*	jaune,
La *trompe*	rouge vif,
La *flûte*	rouge kermès,
Le *hautbois*	rouge rose,
Le *cor de chasse*	pourpre,
Le *flageolet*	violet.

Depuis un siècle un grand nombre d'observations ont été recueillies et notre confrère en a consigné l'analyse dans son livre.

Les observations personnelles datent d'une dizaine d'années. Celles qu'il publie sont au nombre de huit, et elles sont intéressantes.

L'étiologie de ces bizarreries physiologiques est complètement inconnue, et elles ne semblent pas liées à un état pathologique. Quoi qu'il en soit, conclue M. Suarez de Mendoza, au point de vue pratique il n'est pas dit qu'il ne nous soit pas nécessaire de tenir compte, dans nos examens, des phénomènes de cette sorte chez les marins, les militaires, les employés de chemins de fer, qui doivent apprécier de loin la couleur des disques indicateurs. Chez certains d'entre eux, telle couleur, perçue objectivement, pourrait être influencée, même complètement dénaturée par une fausse sensation chromatique née de bruits ou de sons inhérents à ces professions, ce qui pourrait amener des confusions aussi dangereuses, aussi redoutables que celles qui peuvent résulter du daltonisme.

Dans cette analyse, nécessairement trop courte, je vous ai donné, Messieurs, une idée bien imparfaite d'un ouvrage intéressant.

M. Suarez de Mendoza m'a communiqué une brochure où il décrit le procédé de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, procédé dont il revendique la priorité Notre confrère m'excusera d'indiquer seulement ce travail, n'ayant aucune compétence pour le juger.

M. le Dr Suarez de Mendoza a habité longtemps Angers où il s'était fait une situation très honorée et très enviable. Des affaires de famille l'ont déterminé à habiter Paris où il ne tardera pas à être apprécié. Ses connaissances très variées, ses aptitudes chirurgicales très remarquables, ne peuvent que nous faire désirer son concours précieux.

Votre Commission, Messieurs, vous propose de l'admettre dans notre compagnie.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées à l'unanimité. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

A propos de ce rapport, M. Ladreit de Lacharrière dit qu'il a vu quelques exemples d'audition colorée chez des gens qui n'étaient nullement malades. Il demande à M. Christian s'il a eu l'occasion d'en observer quelques cas chez des aliénés.

M. Christian répond négativement, mais dit que cette question de l'audition colorée était déjà connue au siècle dernier, puisque J.-J. Rousseau la discute et dit quelque part qu'il est impossible que les sons éveillent l'idée de couleur.

M. Jullien a entendu dire à plusieurs jeunes poètes de l'entourage de Verlaine qu'ils éprouvaient cette impression de couleur à propos d'un son spécial. Il ne saurait dire si, dans ces allégations, il n'entrait pas un peu de cabotinage. M. Jullien croit que les sujets qui présentent ce phénomène sont souvent des hystériques.

Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire — M. Guépin. (V. ci-dessus, p. 433).

L'ordre du jour appelle la *discussion sur la communication de* M. Dhomont, lue dans la précédente séance.

M. Jullien. Il y a bien longtemps que je me suis occupé de la tuberculose testiculaire, dans un mémoire consacré à la tuberculose du jeune âge. J'avais eu l'occasion d'observer, dans le service de mon maître le professeur Lannelongue, un grand nombre de cas et j'en résumai les observations pour les *Archives de Médecine*. Je plaidai énergiquement la cause des interventions économiques, car je pensai et je pense encore que tout ce qui reste du testicule est bon.

Chez l'adulte c'est la même conviction qui a toujours guidé ma pratique, et je ne me rappelle qu'un seul cas dans lequel j'aie conseillé la castration dans une consultation avec feu Horteloup et Labric. C'était chez un syphilitique dont un testicule avait pris un volume considérable en même temps qu'il avait souffert de pleurésie bâtarde. Le

diagnostic hésitait entre la tuberculose et la syphilis, mais plusieurs injections de calomel étant restées sans effet, on s'était rabattu du côté de la tuberculose. L'opération faite on reconnut qu'il s'agissait d'un encéphaloïde.

Dans tous les autres cas, j'ai été l'apôtre de la conservation et je pense avoir utilement servi les intérêts des malades. Cependant la plupart s'étant avec le temps soustraits à mon observation, mon affirmation comporte quelques réserves. Aussi suis-je heureux d'apporter ici l'histoire détaillée d'un malade que je suis depuis 13 ans.

Le début du mal remonte exactement au mois d'octobre 1886, et quand je vis ce jeune homme, exempt d'ailleurs de tout antécédent vénérien, en novembre 1886, la queue de l'épididyme droit trilobé offrait un volume énorme et absolument adhérent au scrotum. La prostate du même côté était grosse et bosselée. Les poumons étaient absolument sains.

En décembre 1886, une des masses adhérentes s'ouvrait à l'extérieur, j'aidai à l'évacuation du foyer, mais je refusai une intervention radicale. Plusieurs fois je dus pratiquer de petites opérations de propreté, visant plutôt la libération des foyers spontanément ouverts que l'ablation des masses néoplasiques. Et je débarrassai par la ponction la tunique vaginale distendue. Entre temps je mettais en usage tout l'arsenal des anti-tuberculeux et des toniques généraux : Lavements d'encalyptol, huile de foie de morue, tannin, iodoforme en dragées, liqueur de Fowler. Un peu plus tard j'appris à ce sujet, homme très intelligent, à se faire lui-même des injections d'eucalyptol, et je l'envoyai aux eaux de Salies de Béarn.

Tour à tour les foyers s'ouvraient, restaient un temps fistuleux et se fermaient en laissant une petite cicatrice en cul de poule.

Il vint un moment où le côté gauche se prit ; le même traitement continué eut le même bon effet, l'état général s'améliorait de jour en jour.

En octobre 1886 le poids est de 62 kilogr. En juillet 1895, il est de 79, et cependant toutes les nodosités n'ont pas disparu, toutes les fistules ne sont pas taries.

Aujourd'hui ce jeune homme est marié et se porte bien.

Sans doute je ne pense pas que tous les tuberculeux du testicule et de la prostate aient devant eux un avenir aussi prospère, et j'accorde volontiers que l'aisance dont il jouissait ait considérablement contribué à la guérison de mon malade, je pense aussi qu'il a bénéficié de sa constitution arthritique qui a rendu son terrain impropre à la généralisation du bacille, mais je n'en suis pas moins très attaché à l'opinion de la conservation acharnée dans la thérapeutique des organes qui ne se remplacent pas, et dont le moindre fragment est bon, ne fut-ce qu'au point de vue moral.

M. Dubuc croit que la plupart des tuberculoses du testicule sont curables chez les sujets qui peuvent suivre une bonne hygiène et un traitement médical. Il ne faut donc pas se hâter d'avoir recours à des opérations graves et en particulier à la castration.

M. Polaillon est d'avis qu'il faut se comporter pour la tuberculose testiculaire comme pour toute autre tuberculose locale, c'est-à-dire traiter cette tuberculose localement par le fer rouge, le chlorure de zinc, les injections sclérosantes de M. Lannelongue, et par des toniques généraux. La castration est néanmoins indiquée quand le testicule est extrêmement volumineux ou par trop douloureux. M. Polaillon rapporte à ce propos le fait d'un de ses malades qui, ayant déjà subi la castration d'un côté, et tourmenté par de violentes douleurs du côté opposé, exigea que M. Polaillon lui fît l'ablation de ce second testicule. Or, après cette opération, le malade fut absolument soulagé et prétendit même avoir des érections, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps !

M. Mouzon a été étonné d'entendre M. Jullien dire dans sa communication, qu'il y avait antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme. Il lui semble, au contraire, que le ralentissement de la nutrition est plutôt de nature à provoquer la tuberculose qu'à la prévenir.

M. Jullien dit que Verneuil a soutenu cet antagonisme, que cette opinion lui paraît justifiée.

M. Dhomont voudrait dire quelques mots d'une question qui lui paraît avoir une grande importance pratique : il s'agit du mariage des malades guéris de tuberculose du testicule. Après combien de temps peut-on l'autoriser ? Pour sa part, il exige au moins deux ans, après que tout symptôme inquiétant a disparu. Il serait heureux d'avoir l'avis de ses collègues à ce sujet.

M. Dubuc estime, en effet, qu'il faut attendre assez longtemps, mais il a dans sa clientèle plusieurs exemples de malades de ce genre qui se sont mariés sans inconvénients.

A cause de l'heure avancée et sur la proposition de M. Coudray, la suite de cette discussion est remise à la prochaine séance.

Le vote qui a lieu ensuite sur l'élection de M. Loup au titre de membre associé résidant donne, sur 12 votants, 10 voix favorables et 2 bulletins blancs. En conséquence M. Loup est nommé, à la majorité, membre associé résidant.

La séance est levée à 5 h. 35.

Un des secrétaires annuels,
Dr Dhomont.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 mai 1899. — Présidence de M. Potherat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président. J'ai le pénible devoir de vous faire part d'une mort que vous avez sans doute déjà apprise, celle de notre collègue, le Dr Blet; je crois me faire l'interprète de tous en disant que sa disparition sera unanimement regrettée par les membres de notre réunion.

M. Toledano donne lecture de l'allocution suivante qu'il a prononcée sur la tombe de notre sympathique collègue :

« Je viens, au nom de la Société Médicale du VIIe arrondissement, dont Blet fut un des fondateurs, au nom de la Société Médicale des Bureaux de bienfaisance, et comme ami personnel de notre regretté collègue, dire quelques paroles d'adieu sur cette tombe encore entr'ouverte.

Vous avez tous été émus à la nouvelle de la maladie de notre pauvre ami, et lorsque sa mort a été connue, cette émotion a fait place à une véritable consternation.

C'est que Blet avait su conquérir l'estime et l'amitié de tous. Chacun vantait sa simplicité, sa douceur, son dévouement, son abnégation et son extrême indulgence.

Enfant de l'arrondissement, il avait acquis de bonne heure la sympathie de ceux qui l'ont connu.

Après de bonnes études classiques, il commença sa médecine et fut nommé interne à Saint-Lazare.

Etant simple étudiant, et quoique n'étant pas astreint au service militaire, il s'engagea volontairement comme médecin dans une des ambulances internationales et fit la campagne de Sedan et de l'armée de la Loire.

Nommé médecin de la Chambre des Députés en 1874, il exerça ses fonctions avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

Il remplit, en outre, les fonctions de médecin du Bureau de bienfaisance du VII[e] arrondissement et celles de médecin de l'état civil qu'il garda jusqu'à sa mort.

La croix de la Légion d'honneur fut la récompense de ses services militaires et administratifs.

Comme vous le voyez, l'existence de notre ami a été bien remplie. Mais, ce qu'il faut surtout admirer dans cette vie consacrée à une carrière généralement tourmentée, c'est la sérénité d'esprit de notre confrère, sa dignité professionnelle et sa bonté poussée à l'extrême.

Il était trop bon, disait-on, envers les malades, envers les siens et envers tout le monde. Il avait raison, car mieux vaut pécher par excès que par insuffisance de bonté.

Il poussa cette bonté à un point tel que dans les souffrances qu'il endurait depuis le commencement de sa maladie, jusque dans les derniers jours de sa vie, il se préoccupait plus des siens que de lui-même; il ne songeait qu'à ceux qu'il allait quitter. Pas une plainte, pas une parole amère ne s'est échappée de ses lèvres pendant sa longue et douloureuse maladie.

Puissent les regrets unanimes qui entourent cette tombe apporter un soulagement et une consolation à la douleur de sa veuve, de ses enfants, de sa famille et de ses amis.

M. Alibert fait une communication sur un cas d'oreillons suppurés (*Sera publié*).

M. Toledano. J'ai été appelé à donner des soins à un jeune homme surmené qui prit de son frère des oreillons à forme infectieuse et en mourut.

Incidemment je demanderai à mes confrères ce qu'ils pensent du sérum de Marmoreck.

M. Le Bec. J'ai entendu dire que, tout dernièrement, Marmoreck était parvenu à fabriquer un nouveau sérum de meilleure qualité, donnant d'excellents résultats.

M. Potherat. Je demanderai à M. Alibert pourquoi il intitule son observation : Oreillons suppurés; n'est-ce pas plutôt une parotidite infectieuse. J'ai vu deux cas de parotidite double infectieuse; on crut d'abord à des oreillons; le premier, homme de 63 ans, mourut le troisième jour, le second, femme plus jeune, guérit.

M. Le Bec. J'ai observé également deux cas de parotidite double suppurée.

M. Monnier. Comme mes collègues, j'intitulerai plutôt ces cas : Parotidites infectieuses; pour porter le diagnostic d'oreillons, il faut la contagion certaine.

M. Alibert. Il m'a semblé que mon malade présentait nettement. au début, l'aspect clinique des oreillons.

M. Olivier lit une note sur l'aphonie et la dysphonie nerveuses (*Sera publié*).

M. Natier. J'agis en effet habituellement d'après la vieille formule, c'est-à-dire par intimidation, mais je me rallie très volontiers à la façon de faire de M. Olivier.

J'ai vu l'année dernière une jeune femme aphone chez laquelle j'obtins la voix par la compression brusque de la moitié postérieure du larynx, et immédiatement après les voyelles, les consonnes et les mots; elle est restée guérie.

Chez un homme sujet à des accès d'aphonie, puis de mutisme hystérique, j'ai obtenu la guérison par l'électricité. Néanmoins je crois le procédé par la respiration préférable.

M. Potherat. J'ai connu une jeune femme atteinte d'aphonie hystérique qui recouvra la voix à la suite d'une émotion violente.

M. Natier. Pareil fait m'est arrivé.

M. Le Bec présente un rectum de 35 cent. prolabé, dont il a fait avec succès l'ablation (*Sera publié*).

M. Potherat. C'est une observation intéressante,car habituellement il y a plutôt atrésie de l'orifice, d'où pas de chute; cela vient de ce que la réunion a été si parfaite qu'il ne s'est pas produit de suppuration, partant pas de tissu inodulaire. J'ai vu Trélat enlever un cancer du rectum de 12 cent. Cinq ans après, cet homme restait guéri, ne se plaignant que de constipation; l'anus n'admettait que le petit doigt.

M. Le Bec présente une vésicule biliaire et d'innombrables calculs biliaires (*Sera publié*).

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels
L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1899. — *Présidence de* M. S. Pozzi.

Hystérectomie totale abdomino-vaginale pour cancer du col. — M. Reynier. Les dangers de la laparotomie sont certainement plus grands que ceux dus à l'hystérectomie vaginale. Mais ces dangers, on peut actuellement les éviter ou tout au moins y remédier par les différents moyens qui nous permettent de lutter contre la septicémie, suite de laparotomie. Ils sont largement compensés par la plus grande facilité donnée au chirurgien qui peut enlever ainsi tout le néoplasme et les ganglions qu'il a déterminés.Cette ablation des ganglions situés dans le ligament large et qu'il faut aller chercher dans la profondeur vers les vaisseaux hypogastriques est d'ordinaire difficile, mais peut toujours se réaliser.

Quant à ma technique opératoire, elle consiste à inciser d'abord le vagin autour du col utérin, puis à faire alors seulement la laparatomie. J'incise progressivement jusqu'à ce que je trouve mon incision vaginale et je mets des pinces sur les artères utéro-ovariennes et utérines que je remplace ensuite par des ligatures. De cette façon je peux avec beaucoup de sécurité enlever l'utérus et les ganglions.

Résection du maxilliaire supérieur. Récidive du sarcôme au niveau d'une côte. — M. Broca fait un rapport sur une observation adressée par M. Chavanaz.

La tumeur était un sarcôme embryonnaire à petites cellules, siégeant sur le maxillaire supérieur. L'ablation en amené la guérison qui dure encore. Mais six mois après, un noyau apparaissait sur une côte, celle-ci fut réséquée et la guérison se fit également et dure encore depuis cinq ans.

Traitement de l'hypertrophie prostatique. — M. Pousson (de Bordeaux). Toutes les interventions que l'on a préconisées pour atténuer les troubles fonctionnels dus à l'hypertrophie prostatique, castration, etc. ont été par moi loyalement essayées et je n'en ai guère obtenu de bons résultats.

Je voudrais, à l'occasion de 15 opérations de prostatectomie, montrer quels services peuvent rendre ces graves opérations. Elles ne peuvent s'appliquer qu'au cas où la saillie de la prostate est reconnue comme la cause des troubles fonctionnels que présente le malade. L'allongement, la courbure des canaux peuvent être compromis par le cathétérisme ou la manœuvre du manchon.

L'hypertrophie de la prostate amène des modifications beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit dans l'hydrostatique de la vessie.

L'orifice uréthral vient s'ouvrir plus haut, laissant en arrière un bas fond où croupit l'urine. Dans des cas plus fréquents, la prostate fait saillie à la partie inférieure de la vessie, y détermine un sinus où séjourne l'urine, du mucus et souvent de petits calculs. Les uretères baignent dans ce clapier et la désinfection est impossible.

Dans ces cas la prostatectomie est indiquée. Pouvons-nous diagnostiquer ces déformations intra-vésicales. Le cathétérisme et le toucher bi-manuel nous renseignent suffisamment et enfin la cystoscopie qui permet de reconnaître les petites masses pédiculées.

L'intervention se fera par la voie hypogastrique ; on ouvre la vessie et on résèque avec pinces, ciseaux ou bistouri, on résèque les lobes exubérants. Il faut ensuite laisser un drainage et ne pas suturer la vessie.

Sur 15 cas, j'ai eu 3 morts. Chez tous disparition des accidents de cystite, mais un nombre de malades assez grand conservèrent les difficultés de la miction, mais sont délivrés des phénomènes d'infection qui sont les phénomènes graves.

Anévrysme artério-veineux. — Présentation de malade par M. Potherat.

Trépanation pour épilepsie jacksonnienne. Guérison. — Présentation du malade par M. Schwartz.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Examen du projet de loi de M. Cruppi sur la réforme des expertites médico-légales.

Nous reproduisons ci-dessous le remarquable rapport fait par M. Motet à la Société de médecine légale sur cette si importante question, de pleine actualité d'ailleurs, car le projet de M. Cruppi a été adopté, sans grand examen, par la Chambre des députés avant sa séparation, et il viendra sans doute bientôt devant le Sénat.

On a beaucoup écrit, dans ces derniers temps, sur les expertises médico-légales ; on n'a rien dit que M. le professeur Brouardel, rapporteur de 1884, n'ait signalé déjà ; lorsqu'en 1898, la Société de médecine de Paris appelait l'attention des pouvoirs publics et des corps compétents, sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales, elle formulait les vœux suivants :

1° Création d'un institut médico-légal ;

2° Contre-expertise dès le début de l'instruction ;

3° Non-responsabilité pécuniaire des experts ;

4° Nomination des médecins-experts par la plus haute personnalité judiciaire du ressort ;

5° Création de commissions supérieures de contrôle ;

6° Non-fonctionnarisation des médecins experts.

C'était, sous une autre forme, la plupart des conclusions que vous aviez adoptées vous-mêmes, par lesquelles vous vouliez que se dégageât, en pleine lumière, ce principe d'ordre supérieur : « Que toute réforme du code d'instruction criminelle, visant les expertises médico-légales, devait avoir, comme corollaire obligé, une réforme dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine légale. »

M. le professeur Brouardel concluait ainsi :

« 1° Le projet de réforme des expertises médico-légales, tel qu'il est soumis aux délibérations de la Chambre, est incomplet. Il se borne à établir le principe des expertises contradictoires, sans se préoccuper de la compétence des experts et des moyens de la constater.

2° Les intérêts de la société et ceux des accusés ne seront sauvegardés que si la réforme répond aux nécessités suivantes :

a. Instruction spéciale des experts par un enseignement professionnel approprié.

b. Preuve de cette instruction fournie par un diplôme délivré par le ministre de l'Instruction publique, après examens par les professeurs des Facultés de médecine (diplôme spécial pour les médecins experts et pour les chimistes experts).

c. Choix des experts par les procureurs de la République et les juges d'instruction, sur une liste dressée par les cours d'appel sur présentation des facultés de médecine et des tribunaux.

d. Relèvement des tarifs d'honoraires. Les tarifs actuels sont reconnus par tous insuffisants ; ils le seraient encore davantage quand on aurait imposé aux candidats experts des épreuves de scolarité plus onéreuses, et aux experts eux-mêmes des modifications dans leurs modes opératoires permettant le contrôle de leurs recherches.

e. Création d'une commission scientifique médico-légale supérieure, analogue au tribunal des superarbitres de Berlin, permettant de juger scientifiquement des questions d'ordre exclusivement scientifique, et qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts. »

Le projet de M. Cruppi ne nous paraît pas devoir simplifier la question. Il repose tout entier sur le droit nouveau donné à l'inculpé de choisir son expert et nous trouvons fâcheux qu'on donne à l'expertise ainsi constituée le nom d'expertise contradictoire. C'est créer une équivoque, et laisser supposer qu'il pourrait y avoir un expert de l'accusation, un expert de la défense. Nous protestons de toutes nos forces contre ce dualisme qui impliquerait d'emblée cette notion absolument fausse qu'il pourrait y avoir une opinion faite, ou un parti pris dès le début de toute expertise. Deux experts sont choisis, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé : ils doivent agir de concert, examiner ensemble l'inculpé, ils ont les mêmes droits, ils ont les mêmes devoirs, ils n'ont à se préoccuper que d'une chose, la recherche de la vérité, nulle influence ne doit s'exercer sur eux, ils doivent oublier, du jour où l'expertise est commencée, quelle est l'origine de leur mandat. Et pour qu'il en soit ainsi, il faut, contrairement à une opinion qui a été soutenue devant nous, que l'inculpé n'ait pas le droit de désigner « son expert » suivant son caprice, suivant sa fantaisie.

Dans la discussion, au Sénat, le 26 mai 1882, sur la réforme de l'instruction criminelle, le principe de l'exper-

tise et de la contre-expertise ayant été accepté par tous, M. Lenoël demandait que l'inculpé, usant du droit que reconnaît l'art. 306 du code civil, pût, au correctionnel, comme au criminel, rester maître de choisir son expert, qu'il eût une faculté au moins aussi grande qu'en matière civile. M. Dauphin, rapporteur, répondit : « On demande que l'inculpé puisse choisir un expert, n'importe lequel, comme il l'entendra, sans aucune garantie, ni de capacité, ni d'honorabilité ; je ne crois pas qu'il soit possible d'aller jusque-là. Nous voulons bien qu'à côté de l'expert de la justice, il y ait un homme sérieux et honnête, qui vienne le contrôler,mais nous ne voulons pas que le premier venu puisse entrer dans la chambre où se fera l'expertise pour venir, je ne dirai pas alors contrôler l'expert de la justice, mais pour le gêner dans ses opérations, je vais plus loin, pour fausser peut-être ses opérations qui sont souvent d'une nature très délicate. Il s'agit de rechercher des poisons, il s'agit de faire sur des cadavres des expériences difficiles. Il n'est pas possible d'y faire participer un homme qui,d'une part,et avant tout,ne soit pas un homme de l'art parfaitement habile et capable, et qui, d'autre part, pourrait chercher à tromper l'autre expert, à le gêner dans ses travaux, et même à en fausser les résultats. »

Et plus loin, il ajoutait : « L'expert ainsi choisi par l'inculpé, même sur la liste officiellement dressée, aura sa mission, il n'y faillira pas certainement : il la remplira honnêtement, tandis qu'il n'en sera peut-être pas de même pour le premier venu, fourni par le hasard ou désigné dans un mauvais dessein. »

M. J. Cruppi s'est certainement inspiré de cette discussion lorsqu'il a rédigé l'art. 1er de son projet de loi qui est ainsi conçu :

« Article premier. —La liste des médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les Tribunaux est dressée chaque année pour l'année suivante par la Cour d'appel, le procureur général entendu, sur la proposition des Tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de médecine, de pharmacie et des sciences.

Les professeurs et chargés de cours desdites Facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de médecine de plein exercice, les médecins d'hospices et d'asiles publics d'aliénés feront partie de droit de cette liste.

Les experts seront autant que possible classés par catégories suivant leur spécialité. »

La Société de médecine légale ne veut pas faire d'objection à cette liste, bien que le second paragraphe de l'article prête à la discussion. Elle demande cependant que les membres de l'Académie de médecine et les membres de l'Académie des sciences y soient ajoutés, et que, suivant l'observation très juste de M. Constant, on s'assure au préalable de l'acceptation de ces savants,de ces médecins, auxquels il serait vraiment excessif d'appliquer l'art.23 de la loi du 22 novembre 1892 : il nous sera bien permis d'ajouter que, si longue que soit cette liste à Paris, elle n'est pas pour répondre à la préoccupation que nous avons rencontrée partout, celle d'assurer, avant tout, l'instruction spéciale des experts, préocupation dont M. le professeur Brouardel a donné la formule : « Ce n'est pas en associant des incompétences que l'on créera une compétence. » Ce qu'il faut, nous le répéterons encore,c'est faire l'éducation des experts ; aujourd'hui elle n'est que superficielle. Les Facultés ont le droit de créer des enseignements spéciaux ; mais pour que les étudiants les suivent, pour qu'ils leur soient utiles, il faut qu'à la fin de ces enseignements, les élèves donnent la preuve de la compétence qu'ils ont acquise, que leur instruction soit constatée par un certificat de stage. Si on faisait seulement 20 ou 30 titulaires en possession de ce certificat, chaque année, on aurait, en moins de dix ans, un nombre d'experts suffisant pour toute la France.

Avec des experts instruits, c'est-à-dire habitués à procéder avec prudence, à soumettre tout à une analyse sévère, les chances d'erreur seront aussi réduites que possible, et la Société de médecine légale émet le vœu que, « dans la formation des listes annuelles, il soit tenu compte, autant que possible, des certificats spéciaux qui pourraient être délivrés par les Universités, ainsi que des travaux de médecine légale pratique, des écrits des médecins proposés au choix des Cours et des Tribunaux. »

« Art. 2. — En vue des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité, le juge d'instruction désigne sur la liste annuelle,dressée en conformité de l'article précédent, un expert, ou plusieurs, s'il y a lieu à des recherches scientifiques distinctes.

La désignation dudit ou desdits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir, sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation. »

Cet article nous paraît incomplet : il peut y avoir le plus grand intérêt pour la justice et pour l'inculpé à ce que les constatations soient faites dans le plus bref délai possible ; sans entrer dans les détails, nous pouvons signaler la rapidité avec laquelle peuvent disparaître des traces de violences, l'inculpé peut savoir, soit par lui-même, soit par un conseil qui lui sera donné, qu'il a tout intérêt à ne pas se hâter de désigner un expert. Il importe de ne pas lui permettre de différer son choix. Nous proposons d'ajouter à l'article 2 le paragraphe suivant :

« Cette désignation devra être faite dans le délai d'un jour franc à dater de la notification.

Dans le cas où l'inculpé ne répondrait pas dans ce délai, le juge d'instruction nommerait un second expert, comme il est dit à l'article 5. »

Bien que la Société de médecine légale n'ait pas à s'occuper de questions de procédure, il lui sera bien permis de demander comment l'expert choisi par l'inculpé sera prévenu de sa nomination ? Il nous semble qu'il doit recevoir, comme l'expert désigné par le juge d'instruction, une ordonnance, et qu'il doit être invité à prêter serment. L'article 2 ne le dit pas, et nous ne trouvons nulle part mention de cette formalité qui ne peut être négligée.

L'objection la plus sérieuse que nous ayons à présenter à propos de l'article 2, c'est que, quoi qu'on fasse, quelque diligence que les experts puissent mettre à répondre à la convocation, il se passera plusieurs jours avant que les examens médico-légaux puissent avoir lieu, et que dans certains cas les expertises deviendront ou plus difficiles ou impossibles.

« Art. 3. — Les experts désignés au paragraphe 1er de l'article 1er peuvent, dans toute affaire, être choisis par le

juge et par l'inculpé, s'ils ont leur résidence dans le département.

S'ils ne résident pas dans le département, ils ne peuvent être choisis qu'avec l'autorisation du... »

Ici nous nous abstenons de désigner l'autorité judiciaire qui autorisera le choix de l'expert. Nous pensons qu'il n'y a pas lieu pour la Société de médecine légale d'entrer dans la discussion d'une question de procédure.

« Les experts inscrits d'office sur la liste et désignés au paragraphe 2 de l'article 1er ne peuvent être choisis que d'un commun accord par le juge d'instruction et par l'inculpé, ou à la demande de l'un d'eux, par ordonnance motivée du...

Le juge d'instruction et l'inculpé, ou l'un d'eux peuvent même désigner leurs experts sur la liste annuelle d'une autre cour d'appel, à la condition toutefois que cette mesure soit autorisée par ordonnance motivée du... »

Vous avez pensé qu'il y avait lieu de supprimer le membre de phrase « qui devra être justifiée par la gravité de l'affaire ». C'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient de statuer, après avoir apprécié la valeur des motifs qui seront invoqués, que l'affaire soit grave ou non.

« Art. 4. — Les décisions du... rendues en vertu de l'article précédent, ne sont susceptibles ni d'opposition, ni d'appel.

Art. 5. — Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle.

Art. 6 — Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert que dans le cas où l'inculpé, assisté de son défenseur, renonce formellement à l'expertise contradictoire et accepte l'expert désigné par le juge. »

Ces trois articles n'ont donné lieu à aucune observation.

« Art. 7.— Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives. Ils procèdent ensemble à toutes les opérations, et leurs conclusions sont prises, après délibération, dans un rapport commun. »

Nous proposons de supprimer la fin de l'article, « après avoir été discutées contradictoirement ». Nous voudrions pouvoir supprimer le mot « contradictoire » de tout le projet de loi, comme nous voudrions aussi qu'on ne laissât pas persister l'idée qu'il y a un expert de l'accusation, un expert de la défense. Cela ne doit pas exister, nous y insistons de nouveau, il ne peut, il ne doit y avoir, en présence, que deux hommes de bonne foi, recherchant ensemble la vérité, se contrôlant mutuellement, soit, mais s'aidant aussi, sans autre préoccupation que celle d'éclairer la justice. Cette égalité de droits, de prérogatives crée l'égalité de devoirs; mais, aussitôt surgit la nécessité de préparer l'égalité de savoir. Tout nous ramène, Messieurs, dans cette importante question, aux considérations générales que nous vous avons présentées au commencement de ce rapport ; nous pouvons redire encore que rien d'utile ne sera fait, si, résolument, on ne répond pas par un enseignement officiel aux desiderata du corps médical.

« Art. 8. — Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un tiers expert chargé de les départager, soit sur la liste annuelle du ressort, soit avec l'autorisation du..... sur la liste annuelle d'une autre Cour d'appel.

Si les experts ne peuvent s'entendre en vue de cette désignation, la nomination du tiers-expert sera faite par le..... »

Nous supprimons le tirage au sort par le président du tribunal qui nous semble une complication, et ne saurait en rien atténuer la difficulté.

« Art. 9. — Nonobstant les termes des articles précédents, le procureur de la République ou le juge d'instruction pourront, dans les cas d'urgence, notamment s'ils se sont portés sur les lieux pour constater un flagrant délit, ou si des indices sont sur le point de disparaître, commettre, à titre provisoire, un homme de l'art non inscrit sur la liste annuelle.

L'expert provisoire prêtera serment entre les mains du procureur de la République ou du juge d'instruction ; il procédera aux premières constatations, il s'assurera, s'il y a lieu, la conservation des pièces à expertiser, et dressera du tout un procès-verbal sommaire qui, après avoir été visé par le juge ou le procureur de la République, sera transmis avec tous les autres documents aux experts qui seront immédiatement désignés conformément aux dispositions ci-dessus. »

Nous aurions quelques observations à faire sur la portée de cet article. Nous nous bornerons à donner un conseil : que les magistrats aient, le moins souvent possible, recours à ces experts provisoires, dont la situation n'est pas nettement définie ; qu'ils emmènent plutôt avec eux un expert habitué aux constatations, ils éloigneront ainsi des causes d'erreur, des oublis, et rendront plus sûre l'expertise définitive.

« Art. 10. — Nous proposons l'addition de l'article suivant :

Les frais de l'expertise, qu'il s'agisse de l'expert désigné par le juge d'instruction, ou de l'expert choisi par l'inculpé, seront taxés comme frais de justice.

Les médecins-experts appelés à déposer devant les cours et les tribunaux, à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts et ne seront jamais assimilés aux témoins.

Art. 11. — Les art. 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire à la présente loi.....

NOUVELLES

Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris, au cours de l'Exposition Universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce congrès comprendra 3 sections :

1re *section* : Etude des rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat) ; 2e *section* : Etude des rapports du médecin avec les individualités (clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine) ; 3e *section* : Etude des rapports du médecin avec ses confrères (déontologie) ; 4e *section* : Etude des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les *communications*, dont un résumé devra être envoyé

au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon avant le 1er juillet 1900, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications en toutes autres langues devront être accompagnées d'un résumé de 20 lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter 6 *rapports* qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale ; — Rapporteur : M. le professeur Grasset (de Montpellier) ;

2° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales : — Rapporteur : M. Lande (de Bordeaux) ;

3° Des œuvres de défense professionnelle ; — Rapporteur : M. Porson (de Nantes) ;

4° Relations des médecins avec les mutualités ; — Rapporteur : M. Cuylitz (de Bruxelles) ;

5° Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent ; — Rapporteur : M. Pollak (de Vienne) ;

6° Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie ; — M. Jendrassik (de Budapest).

Ces rapports imprimés en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents aux congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français, que la commission d'organisation est en train de solliciter.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France. Des comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletins d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, dans le courant du mois de novembre 1899.

Nous publierons à cette époque l'exposé *in extenso* de tous les documents relatifs à ce nouveau congrès.

Pour tous renseignements en ce qui concerne le congrès, s'adresser ou écrire au secrétaire général : M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Association française d'Urologie. — La quatrième session de l'*Association française d'Urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 19 au 21 mai 1899, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des hématuries dites essentielles. » MM. Malherbe, de Nantes, et Legueu, de Paris, rapporteurs.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

La Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie tiendra sa quatrième réunion annuelle à Rome au mois d'octobre prochain. Les questions suivantes sont à l'ordre du jour.

Otologie. — *Voies et modes de diffusion de l'infection tympano-mastoïdienne* ; rapporteur : le professeur Camillo Poli, de Gênes.

Rhinologie. — *Sur la physiologie pathologique des nerfs olfactifs* ; rapporteur : le professeur Vittorio Grazzi, de Pise.

Laryngologie. — *Lésions para-syphilitiques et post-syphilitiques du larynx*, rapporteur, le professeur A. Trifiletti, de Naples.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Indications, procédés et résultats de la provocation et de la terminaison artificielles rapides de l'accouchement.*

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 30 avril 1900, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Le Dr Doyen à Kiel. — On lit dans le *Temps* :

« Le prince de Monaco, arrivé depuis le 25 juin à Kiel, a passé une journée avec l'empereur sur le *Hohenzollern*. Guillaume II a rendu au prince sa visite. Il a passé quelques heures à bord de la *Princesse-Alice*, où il s'est fait présenter les collaborateurs du prince. Il a très longuement examiné les appareils scientifiques contenus dans les laboratoires ; ensuite, dans une cabine spécialement aménagée, il a assisté à une séance de cinématographie du docteur Doyen, un des passagers de la *Princesse-Alice*. Le docteur Doyen applique le cinématographe à la reproduction d'opérations chirurgicales ; il espère ainsi améliorer les méthodes et en même temps en faciliter l'enseignement.

L'empereur a insisté auprès du docteur pour qu'il donne une séance semblable aux professeurs et aux étudiants de l'université de Kiel. Des mesures ont été prises immédiatement pour qu'il accède au désir de l'empereur.

L'Hygiène des Chemins de fer. — propreté des wagons et santé des voyageurs. — Il n'est pas en hygiène publique, de question plus importante en elle-même et en son opportunité courante, par ces temps de voyages sans trêve et à toute vapeur, que celle de l'hygiène des chemins de fer. Or, il est permis d'affirmer, sans détour et sans contestation possible, qu'il n'y en a pas de plus négligée, de plus délaissée en pratique, le souci industriel du trafic tant des marchandises que des voyageurs à peu près confondus dans la même considération, constituant la préoccupation dominante, presque exclusive des Compagnies.

Le Gouvernement, par l'organe de son Département ministériel compétent, ministère des Travaux publics, justement ému de cette négligence, à la suite de plaintes nombreuses lui signalant l'état de malpropreté des voitures, en général, et plus particulièrement de celles des

trains de banlieue, a invité les Compagnies de chemins de fer à prendre les mesures nécessaires pour parer aux dangers que peuvent faire courir à la santé publique les poussières des crachats desséchés dans les voitures aussi bien que dans les salles d'attente.

Déjà le *Comité d'Hygiène et de Salubrité* du département de la Seine avait émis son avis motivé, à la suite duquel l'attention des Compagnies avait été appelée sur l'opportunité qu'il y aurait.

1° A laver chaque jour les planchers des voitures et salles d'attente avec une eau additionnée d'un produit antiseptique;

2° A afficher dans les voitures et les salles d'attente un avis au public interdisant de cracher sur le parquet.

Les Compagnies déclarèrent en réponse qu'elles faisaient procéder avec grand soin au lavage des voitures, mais que le lavage des compartiments avec des *produits antiseptiques* serait par trop onéreux. Elles se contentèrent de faire placarder dans les gares d'une certaine importance l'avis interdisant aux voyageurs de cracher sur les parquets des voitures et des salles d'attente.

Faisons remarquer, en passant, sauf à y revenir plus amplement, que l'objection relative à l'emploi onéreux des produits antiseptiques n'a pas de raison d'être en présence de la possibilité actuelle de recourir à des substances nécessitant de très faibles dépenses, soit sur leur valeur propre (sulfate de cuivre), soit par la dose minime exigible (sublimé).

Quoi qu'il en soit, le ministre des Travaux publics, ayant jugé ces déclarations et les mesures prises comme insuffisantes, objecta que, si le lavage recommandé par le Conseil d'Hygiène devait entraîner, avec les substances antiseptiques, des dépenses considérables, il était permis d'espérer que d'autres procédés de désinfection moins onéreux et aussi efficaces pourraient être découverts, et il invitait en conséquence les Compagnies à rechercher les procédés pratiques d'une désinfection économique. En même temps, il leur prescrivait de donner le plus de publicité possible à l'avis interdisant de cracher sur les tapis des voitures ou sur les parquets des locaux accessibles au public.

Les Compagnies récalcitrantes (c'est leur moindre défaut) s'étant bornées à accuser réception de la notification de ces instructions, le ministre des Travaux publics vient de les leur notifier à nouveau dans une circulaire dont voici le texte.

« Par suite d'un balayage et d'un lavage insuffisants, par suite de l'absence de toute désinfection, les crachats de chaque jour viennent s'ajouter aux souillures déjà desséchées qui remplissent les encoignures des compartiments et les interstices des planchers, constituant ainsi de véritables foyers de propagation de la plupart des maladies infectieuses et contagieuses.

« Il importe de remédier à un semblable état de choses.

« Je vous prie, en conséquence, de me faire connaître d'urgence les résultats des recherches que vous avez dû entreprendre en vue de la découverte de procédés pratiques de désinfection des voitures et salles d'attente et de veiller plus rigoureusement à l'exécution de l'engagement que vous avez pris de tenir les voitures en parfait état de propreté.

« Si le court stationnement des trains de banlieue aux points terminus ne permet, entre deux parcours, qu'un balayage hâtif des voitures entrant dans la composition de ces trains, il convient d'examiner l'opportunité d'organiser des équipes de nuit qui seraient chargées de les nettoyer à fond lorsqu'elles sont remisées.

« Enfin, et comme complément à ces prespriptions, il me paraît indispensable de donner plus de publicité à la recommandation du comité d'hygiène de ne pas cracher sur les parquets et, à cet effet, de placarder dans *toutes* les gares et *dans toutes les voitures* l'avis au public actuellement affiché seulement dans les gares d'une certaine importance.

« L'affichage d'un avis de ce genre dans les omnibus et tramways paraît avoir donné d'excellents résultats et on ne saurait prétendre qu'il n'en sera pas de même en ce qui concerne les voitures de chemins de fer.

« Dans tous les cas, les voyageurs gênés par des voisins ayant l'habitude d'expectorer sur le plancher pourraient rappeler plus facilement ceux-ci à l'observation d'une recommandation faite dans l'intérêt de tous. Aussi, j'insiste pour sa réalisation dans le plus bref délai. »

Que s'est-il passé depuis cette notification ministérielle explicite ?

Les compagnies ont-elles, enfin, cessé de faire la sourde oreille, et se sont-elles mises en devoir de prendre sérieusement les mesures recommandées et prescrites ?

C'est ce dont nous nous proposons de nous assurer de notre mieux : estimant que ceux-là ont surtout le devoir de veiller à l'observance des principes tutélaires de la santé publique, et à leur stricte application, qui en apprécient le mieux, et en toute compétence, la vraie valeur et l'urgente nécessité.

Aux médecins et à la Presse médicale appartiennent essentiellement ce devoir et cette mission, auxquels ils se promettent désormais de ne point faillir. (*Tribune méd.*)

Nécrologie. — Le Dr Sénac (Louis), de Cours (Rhône), reçu en 1884. — Le Dr Labat de Manzac (Dordogne), reçu en 1842 — Le Dr Henry Peltier, de Paris, décédé à Montmorency, le 11 juillet, à l'âge de 49 ans.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des « Voyages Duchemin », trois excursions dans l'Oberland, à Zermatt et à Chamonix.

Départs de Paris : les 12, 15 et 17 juillet 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, de 325 fr. à 600 fr.; 2e classe, de 280 à 540 fr.

S'adresser pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*